



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
LEMBAGA PENELITIAN DAN
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jalan Teuku Nyak Arief, Kopelma Darussalam, Banda Aceh 23111
Telepon: 0651-7555262. Fax: 0651-755521.
Laman: www.lppm.unsyiah.ac.id, Surel: lppm@unsyiah.ac.id

Nomor : B/1334/UN11.2.1/JM.02.01/2021
Lampiran : 1 (satu) lembar
Hal : Undangan

11 Oktober 2021

Yth.
Para Auditor ISO Internal Surveillance LPPM
di-
Tempat

Dengan hormat, merujuk Surat Keputusan Rektor Universitas Syiah Kuala Nomor 1731/UN11/KPT/2021 tanggal 27 Agustus 2021 tentang Penunjukan Tim Penyusunan Audit Internal Surveillance, maka dengan ini Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat mengundang Saudara untuk hadir pada:

Hari/tanggal : Selasa - Rabu/12 - 13 Oktober 2021
Pukul : 08.30 WIB s.d selesai
Tempat : LPPM USK
Agenda : Pelaksanaan Audit Internal (jadwal terlampir)

Demikian disampaikan, atas kehadiran dan kerjasamanya kami ucapakan terima kasih.



Ketua
Sekretaris,
Dr. Dra. Sulastri, M.Si
NIP. 196808111992032001



JADWAL KEGIATAN AUDIT INTERNAL RUANG LINGKUP KLAISAL 9001:2015 TAHUN 2021				
Periode/Tahun : 2021		Ketua Tim Auditor : Arwanayah Sulaiman, ST.		
AUDITEE	WAKTU	PULUL	TEMPAT	AUDIT 1
				AUDITOR
Ketia	12 Oktober 2021	08.30 - Selesai	Ruang Ketia	Prof. Dr. Nasrul, ST, MT Wahyu Bhuahik, ST, M. Sc Poppy Indah Lestari
PIKKN	12 Oktober 2021	08.30 - Selesai	Ruang PIKKN	Dr. Dra. Sulastri, M.Si Dr. Ing. Sri Bayan, S.TP., M.Sc. Dr. Sri Wahyu Rahayu, S.P., M.Hum. Mariani, SE
PPH	12 Oktober 2021	10.30 - Selesai	Ruang PPH	Dr. Adhyan, ST., MP., M.Eng., IPM Ardi Kusnawati, S.JI, MII Reni Khairina, SE
HR	12 Oktober 2021	10.30 - Selesai	Ruang Sekretaris	Jarina, SE, M. Sc Dr. Vito Silvia, S.T, M.Si Muhammad Yasin, S.Si, M.Si Turtina
Subbag Informasi dan Publikasi	12 Oktober 2021	14.00 - Selesai	Ruang Sekretariat	Dr. Saiful, S.Pd, M.Si Husnulhidu, S.P, M.Si drk. Syafrudin, M.P Fahmi, S.Pd
Subbag Umum	12 Oktober 2021	14.00 - Selesai	Ruang Ruang	Zahraton Idani, SE, Marzidi, S.Si, M.Si Fathurrahmi, S.Si, M.Si
Subbag Program	13 Oktober 2021	08.30 - Selesai	Ruang Program	Des. Zulfitri, M.Humad Ba. Alyah, S.Tp., M.Sc Khairuddin, SE, MII drp. Diana Setyo Ningali, M.Si
Sekretaris	13 Oktober 2021	08.30 - Selesai	Ruang Sekretaris	Arwanayah Sulaiman, ST, Tania Fira, S.T., M.Eng.Sc Indra Kusnawati, A. Hd
Document Controller	13 Oktober 2021	10.00 - Selesai	Ruang Subbag Umum	Prof. Dr. Tazli Fandi Alidhi, S.Si, M.Tech Dr. Sulaiman, S.P., M.Si Dwi Huznati Tazka Harahap, S.Sos, Riba Agusty, A.Md
PPJ	15 Oktober 2021	10.30 - Selesai	Ruang PPJ	Hartanto, A.Hd Dr. Chulbuldin, S.Pt, M.Si Husnulhidu Arwanayah, S.P Mhd. Haris Chandra
PPHKG	17 Oktober 2021	14.00 - Selesai	Ruang PPHKG	Dr. Dr. M. Gurhanayah, M.T., IPU Dr. Huseinul M. Syam, M.A Dewi Riana, SE Rina Idriana, A.Md

Catatan:
*Auditee: Harap menyiapkan seluruh dokumen terkait

Arwanayah Sulaiman, ST.
Lead Auditor

Dr. Dra. Sulastri, M.Si
Management Representative



DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Selasa / 12 Oktober 2021
Pukul : 08.30 s.d selesai
Tempat : Ruang P3KKN
Unit Kerja : P3KKN

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	Dr. Dra. Sulastri, M.Si		As. ZULFAIRI, M.Pd	
2	Dr. Inj. Sri Haryani		KHAIRUDDIN	
3	Dr. Sri Walny Rahayu		Fahmi	
4			Tuisuon	
5				
6	Marisul			

Ketua Auditor,

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



CHEKLIST INTERNAL AUDIT Audit Internal ISO 9001: 2015		
Prosedur : (lingkari yang sesuai)		No. Audit :
1. Wawancara		Tanggal :
2. Observasi		Hal :
3. Review Dokumen		
Auditee:		Auditor :

NO. KLAUSUL	NO. PERTANYAAN	PERTANYAAN AUDIT	TEMUAN AUDIT (Pilih 1)				BUKTI (Dokumen terkait temuan)	OFI (Upaya perbaikan dan alasan perbaikan)
			COMPLIANT	OFI	MIN N/C	MAY N/C		
9.1								
9.1.1	1	Bagaimana P3KKN melakukan Penataan Arsip sebagai penunjang		√		1. Mayoritas data dukung yang di sediakan tahun 2020. Data out of date 2. Belum ada buku panduan KKN terbaru (2021) 3. Survei yang di lakukan tidak berdasarkan kebutuhan, dan tema KKN 4. Survei belum di lakukan analisis dan scoring 5. RPS belum di update 6. Belum tersedianya Kontrak Perkuliahan KKN 7. Publikasi data yang di miliki belum di lakukan dengan maksimal	1. Belum banyak yang di lakukan 2. Buku Panduan masih dalam progress	



	2	Bagaimanakah cara melakukan back up data/bank data		√		Secara observasi dilihat sarana pendukung 1. Mobiler yang di miliki sebagai penunjang fasilitas pelayanan mahasiswa belum baik 2. Pelayanan belum berbasis standar proses	Belum dilakukan Analisa data dan informasi yang di miliki belum pernah di unggah.
	3	Tupoksi				Bagaimanakah disposisi pekerjaan dalam	Belum dilakukan maksimal.
9.1.2	1	Bagaimanakah kebijakan P3KKN dalam menerapkan KKN dari masa Normal ke Pandemi		√		Kebijakan langsung dari Rektor	Menyapkan SOP sesuai kondisi sekarang ini
	2						
	dst						
9.1.3	1						
	2						
	dst						

Ket:

COMPLIANT	Kondisi sudah sesuai dengan persyaratan standar sistem penjaminan mutu, semua proses telah diimplementasikan, telah terdokumentasi dan ada bukti kinerja	Dilanjutkan dengan memonitor kecenderungan/indikator
OFI	Resiko ringan, sehingga mempunyai kesempatan untuk ditingkatkan dalam waktu yang singkat, bila tidak segera diatasi akan berubah menjadi temuan N/C (ketidaksesuaian)	Review dan jalankan/implementasikan program untuk memperbaikinya, monitor kecenderungan/indikator untuk perbaikan
MINOR N/C	Resiko medium, terjadinya deviasi yang dapat menyebabkan kegagalan dalam sistem manajemen dan akan menyebabkan berkurangnya efektifitas dari sistem manajemen mutu yang diterapkan	Investigasi akar permasalahan dan lakukan perbaikan, untuk dilaporkan pada audit selanjutnya
MAJOR N/C	Resiko berat, ketidakmampuan memenuhi atau melayani persyaratan pengguna/konsumen sehingga output kegiatan ditolak konsumen/pengguna dan menyebabkan menurunnya efektifitas sistem manajemen mutu	Segera implementasikan tindakan yang diperlukan, investigasi akar permasalahan, laksanakan tindakan perbaikan. Harus dilakukan audit paling lama 4 minggu untuk memverifikasi perbaikan



- 9. Pemantauan, pengukuran, analisa dan evaluasi
 - 9.1.1. Dokumen perencanaan, monev dan hasil pemantauan
 - 9.1.2. Kepuasan pelanggan
 - 9.1.3. Analisa data dan informasi yang dimiliki
- 9. Upaya perbaikan dan peningkatan yang sudah dilakukan



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : P3KKN TANGGAL : 12 Oktober 2021
AUDITEE : Drs. Zulfitri M. Biomed KRITERIA : _____
AUDITOR : Dr. Dra. Sulastri, M.Si KITERIA NO. : _____

Uraian Hasil Temuan Audit : *(diisi oleh Auditor)*

Mayor / Minor / Observasi *)


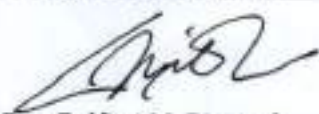
- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Mayoritas data dukung yang disediakan tahun 2020. Data out of date. | Belum banyak yang dilakukan |
| 2. Belum ada buku panduan KKN terbaru (2021). | Buku panduan masih dalam |
| 3. Survey yang dilakukan tidak berdasarkan kebutuhan dan tema KKN. | progress |
| 4. Survey belum dilakukan analisis dan scoring. | |
| 5. RPS belum di update. | |
| 6. Belum tersedianya Kontrak Perkuliahan KKN. | |
| 7. Publikasi data yang di miliki belum dilakukan dengan maksimal. | |

Penyebab Terjadinya Masalah : *(diisi oleh Auditee)*

Karena ada pergantian Ketua P3KKN
Ketua yang baru sedang melakukan serta perbaikan semua dokumen yang dibutuhkan

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(diisi oleh Auditee)*

Semua yang menjadi temuan akan di lakukan perbaikan bersama TIM

Dilaporkan :  Dr. Dra. Sulastri, M.Si Auditor	Tanggal : _____	Mengetahui :  Drs. Zulfitri M. Biomed Auditee	Tanggal Penyelesaian : _____
---	-----------------	--	------------------------------

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai : _____

Keterangan :

Tanda Tangan :


Dr. Dra. Sulastri, M.Si
Auditor

AUDITEE P3KKN





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Rabu / 13 Oktober 2021
Pukul : 11.00 WIB
Tempat : Ruang Hijau
Unit Kerja : PPJI

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	MARTUNIS			
2	M. RIZQASYAH		Wahyu Rindoi	
3	M. HARI CANDRA		Nasrul M	
4			Muhammad Yance	
5			Peppy Indah Lesben	
6				

Ketua Auditor

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



<p style="text-align: center;">CHEKLIST INTERNAL AUDIT Audit Internal ISO 9001: 2015</p> <p>Prosedur : (lingkari yang sesuai) 1. Wawancara 2. Observasi 3. Review Dokumen</p>	<p>No. Audit : Tanggal : Hal :</p>
Auditee:	Auditor :

NO. KLAUSUL	NO. PERTANYAAN	PERTANYAAN AUDIT	TEMUAN AUDIT (Pilih 1)				BUKTI (Dokumen terkait temuan)	OFI (Upaya perbaikan dan alasan perbaikan)
			COMPL. ANT	OFI	MIN N/C	MAY N/C		
9,1								
9.1.1	1	Apakah ada dokumen perencanaan PPJI yang mengacu pada tahun-tahun lalu	√					
	2							
	dst							
9.1.2	1	Bagaimana pula memastikan bahwa proses bisnis sudah berjalan sesuai rencana	√					
	2							
	dst							
9.1.3	1	Bagaimana dilakukan proses evaluasi jurnal selama ini		√				
9.2	1	Apa kendala yang dihadapi PPJI dalam meraih target indikator kinerja	√					
	2	Bagaimana selama ini standar penunjukan pengelola jurnal		√				



Ket :

COMPLIANT	Kondisi sudah sesuai dengan persyaratan standar sistem penjaminan mutu, semua proses telah diimplementasikan, telah terdokumentasi dan ada bukti kinerja	Dilanjutkan dengan memonitor kecenderungan/indikator
OFI	Resiko ringan, sehingga mempunyai kesempatan untuk ditingkatkan dalam waktu yang singkat, bila tidak segera diatasi akan berubah menjadi temuan N/C (ketidaksesuaian)	Review dan jalankan/implementasikan program untuk memperbaikinya, monitor kecenderungan/indikator untuk perbaikan
MINOR N/C	Resiko medium, terjadinya deviasi yang dapat menyebabkan kegagalan dalam sistem manajemen dan akan menyebabkan berkurangnya efektifitas dari sistem manajemen mutu yang diterapkan	Investigasi akar permasalahan dan lakukan perbaikan, untuk dilaporkan pada audit selanjutnya
MAYOR N/C	Resiko berat, ketidakmampuan memenuhi atau melayani persyaratan pengguna/konsumen sehingga uotput kegiatan ditolak konsumen/pengguna dan menyebabkan menurunnya efektifitas sistem manajemen mutu	Segera implementasikan tindakan yang diperlukan, investigasi akar permasalahan, laksanakan tindakan perbaikan. Harus dilakukan audit paling lama 4 minggu untuk memverifikasi perbaikan

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">9.1. Pemantauan, pengukuran, analisa dan evaluasi<ul style="list-style-type: none">9.1.1. Dokumen perencanaan, monev dan hasil pemantauan9.1.2. Kepuasan pelanggan9.1.3. Analisa data dan informasi yang dimiliki9.2. Upaya perbaikan dan peningkatan yang sudah dilakukan |
|---|



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : Pusat Pengembangan Jurnal Ilmiah TANGGAL : 13 OKTOBER 2021
AUDITEE : Prof. Dr. Nasrul, ST., MT KRITERIA : _____
AUDITOR : Martunis, A.Md KITERIA NO. : _____

Uraian Hasil Temuan Audit : *(disi oleh Auditor)* Mayor / Minor / Observasi *)
- Belum ada SOP untuk melakukan evaluasi kinerja jurnal
- Belum adanya standar penunjukan pengelola jurnal

Penyebab Terjadinya Masalah : *(disi oleh Auditee)*
- Akan terjadinya pengelolaan jurnal yang berbeda-beda
- Mudahnya terjadi pergantian pengelola jurnal

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(disi oleh Auditee)*
- Sedang menyiapkan instrumen SOP untuk evaluasi kinerja jurnal untuk tahun 2022
- Akan dilihat aturan yang berlaku dalam pengangkatan pengelola kegiatan di USK

Tanggal Penyelesaian : 14 Oktober 2021

Dilaporkan :  Martunis, A.Md Auditor	Tanggal :	Mengetahui :  Prof. Dr. Nasrul, ST., MT Auditee
--	-----------	--

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *) Tanggal Selesai : 14 Oktober 2021

Keterangan :

Tanda Tangan :


Martunis, A.Md
Auditor

*) Coret Yang Tidak Perlu

AUDITEE PPJI





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Selasa / 12 Oktober 2021
Pukul : 10.30
Tempat : Ruang PPHI
Unit Kerja : PPHI LPPM

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	AKHYA		M. Dirwansyah	
2	ANDRI HARNIAWAN		Sri Haryani	
3	Reni Khairina		HARIS YUSUF	
4				
5				
6				

Ketua Auditor,

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



CHECKLIST INTERNAL AUDIT Audit Internal ISO 9001: 2015		
Prosedur : (lingkari yang sesuai)	1. Wawancara 2. Observasi 3. Review Dokumen	No. Audit : Tanggal : Hal :
Auditee:		Auditor :

NO. KLAUSUL	NO. PERTANYAAN	PERTANYAAN AUDIT	TEMUAN AUDIT (Pilih 1)				BUKTI (Dokumen terkait temuan)	OFI (Upaya perbaikan dan alasan perbaikan)
			COMPILANT	OFI	MIN N/C	MAY N/C		
4.3	1	Boleh ditunjukkan dokumen POB apa saja yang ada di Pusat Pengembangan Hilirisasi Inovasi	V				-	
	2	Apakah ada perubahan POB/SOP dari dokumen tahun lalu	V				-	
	3	Mohon tunjukkan dokumen Proses Bisnis PPHI	V				-	
	4	Apakah ada perubahan Proses Bisnis PPHI dari dokumen tahun lalu					-	
6.2	1	Boleh ditunjukkan dokumen sasaran mutu PPHI	V				-	
	2	Apakah ada perubahan sasaran mutu PPHI dari dokumen tahun lalu	V				-	
6.1	1	Mohon ditunjukkan dokumen Analisis Risiko PPHI					-	
8.4.1	1	Boleh ditunjukkan dokumen laporan pencapaian target	V				-	
4.3	1	Apakah ada road map pengembangan inovasi USK dari PPHI			V	Tidak ada dokumen road map PPHI	Akan dibuatkan road map PPHI, alasannya agar mempermudah melihat rencana program	

Ket :

COMPILANT	Kondisi sudah sesuai dengan persyaratan standar sistem penjaminan mutu, semua proses telah diimplementasikan, telah terdokumentasi dan ada bukti kinerja	Dilanjutkan dengan memonitor kecenderungan/indikator
------------------	--	--



OFI	Resiko ringan, sehingga mempunyai kesempatan untuk ditingkatkan dalam waktu yang singkat, bila tidak segera diatasi akan berubah menjadi temuan N/C (ketidaksesuaian)	Review dan jalankan/implementasikan program untuk memperbaikinya, monitor kecenderungan/indikator untuk perbaikan
MINOR N/C	Resiko medium, terjadinya deviasi yang dapat menyebabkan kegagalan dalam sistem manajemen dan akan menyebabkan berkurangnya efektifitas dari sistem manajemen mutu yang diterapkan	Investigasi akar permasalahan dan lakukan perbaikan, untuk dilaporkan pada audit selanjutnya
MAJOR N/C	Resiko berat, ketidakmampuan memenuhi atau melayani persyaratan pengguna/konsumen sehingga output kegiatan ditolak konsumen/pengguna dan menyebabkan menurunnya efektifitas sistem manajemen mutu	Segera implementasikan tindakan yang diperlukan, investigasi akar permasalahan, laksanakan tindakan perbaikan. Harus dilakukan audit paling lama 4 minggu untuk memverifikasi perbaikan

- 9.1. Pemantauan, pengukuran, analisa dan evaluasi
 - 9.1.1. Dokumen perencanaan, metode dan hasil pemantauan
 - 9.1.2. Kepuasan pelanggan
 - 9.1.3. Analisa data dan informasi yang dimiliki
- 9.2. Upaya perbaikan dan peningkatan yang sudah dilakukan



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : PPHI TANGGAL : 12 - 10 - 2021
AUDITEE : Dr. Ir. M. Dirhamsyah, M.T., IPU KRITERIA : _____
AUDITOR : Dr. Ir. Akhyar, ST., MP., M.Eng. KITERIA NO. : _____

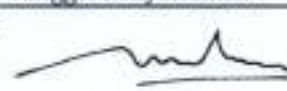
Uraian Hasil Temuan Audit : *(disi oleh Auditor)* Minor
Belum ada road map pengembangan inovasi USK dari PPHI

Penyebab Terjadinya Masalah : *(disi oleh Auditee)*
Karena PPHI selama ini proses berjalan berdasarkan request dari dosen/pegawai/mahasiswa USK saja sehingga tidak dibuatkan roadmap pengembangan inovasi USK dari PPHI

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(disi oleh Auditee)*
Akan dibuatkan road map pengembangan inovasi USK dari PPHI

Tanggal Penyelesaian :


Dilaporkan : 
Tanggal : _____
Dr. Ir. Akhyar, ST., MP., M.Eng.
Auditor

Mengetahui : 
Dr. Ir. M. Dirhamsyah, M.T., IPU
Auditee

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai :

Keterangan :

Tanda Tangan : 
Dr. Ir. Akhyar, ST., MP., M.Eng.
Auditor

*) Coret Yang Tidak Perlu

AUDITEE PPHI





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Rabu, 13 oktober 2021
Pukul :
Tempat : Ruang sidang LPPM
Unit Kerja : LPPM USK

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	M. DIRHAMSYAH	1	AKHYAR	1
2	Dewi Riana	2	RIZQASYAH	2
3	Rina Driana	3	Sri Walny Rahardjo	3
4		4		4
5		5		5
6		6		6

Ketua Auditor,

Ariwansyah Suluman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si




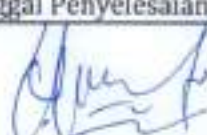
LAPORAN HASIL AUDIT


UNIT KERJA : PPHKI _____ TANGGAL : 13 Oktober 2021 _____
AUDITEE : DR. Akhyar, ST., MP., M.Eng., IPM KRITERIA : _____
AUDITOR : Dr. Ir. M.Dirhamsyah, MT., IPU KITERIA NO. : _____

Uraian Hasil Temuan Audit : *(disi oleh Auditor)* Mayor / Minor / Observasi *)
- Dilihat dari perkembangan yang ada, dimulai dari form I yang ada pada PPHKI, ada penomoran yang belum lengkap dari 14 item yaitu penomoran no 13 "Laporan Pencapaian Target"
- Ada penulisan yang harus diperbaiki dari analisis resiko yang harus diperbaharui
- Perlu adanya pedoman penelusuran setiap dokumen
- Road map Pusat Pengembangan

Penyebab Terjadinya Masalah : *(disi oleh Auditee)*
- Belum terkirim data dari ketua PPHKI ke PIC, sehingga belum terprint pada waktu audit Internal
- Karena adanya Perubahan tahun berjalan maka analisis resiko akan dievaluasi ulang
- Dokumen-dokumen yang belum ada akan segera ditindaklanjuti dan yang sudah ada tetapi yang belum sempurna akan direvisi kembali.

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(disi oleh Auditee)*
- Akan ditinjau ulang dalam rentang 3 hari, dengan batas waktu yang telah ditentukan.

Dilaporkan :  Dr. Ir. M. Dirhamsyah, MT., IPU Auditor	Tanggal : _____	Mengetahui :  DR. Akhyar, ST., MP., M.Eng., IPM Auditee
--	-----------------	---

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)	Tanggal Selesai : _____
Keterangan :	Tanda Tangan :  Dr. Ir. M. Dirhamsyah, MT., IPU Auditor

AUDITEE PPHKI





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : SELASA / 12 OKTOBER 2021
Pukul : 10.30 WIB - SELESAI
Tempat : RVANG (SEKRETARIAT)
Unit Kerja : MR.

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	DR. VIVI SILVIA, SE., M.Si	1	DR. Dra. Sulastri	1
2	Asriana, SE., M.Sc	2	m. si	2
3	TURKANA	3		3
4		4		4
5		5		5
6		6		6

Ketua Auditor,

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : LPPM USK _____ TANGGAL : 12 Oktober 2021 _____
AUDITEE : MR _____ KRITERIA : _____
AUDITOR : Dr. Vivi Silvia, SE., M.Si _____ KITERIA NO. : _____
Asrina, SE., M.Sc
Turisna

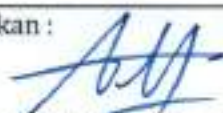
Uraian Hasil Temuan Audit : *(diti oleh Auditor)* Mayor / Minor / Observasi *)
- Hasil survey 2021 belum ada hasil analisisnya
- Road map pusat pengembangan dan blue print LPPM
- Bukti monev pencapaian kontrak manajemen
- Bukti diseminasi pelatihan
- Bukti identifikasi isu internal & eksternal
- Daftar dokumen internal dan eksternal

Penyebab Terjadinya Masalah : *(diisi oleh Auditee)*

Dokumen yang belum ada akan segera ditindaklanjuti dan yang sudah ada dan belum lengkap akan direvisi dan disempurnakan

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(diisi oleh Auditee)*

Akan ditinjau ulang dalam rentang waktu 3 hari, dengan batas waktu sampai 15 Oktober 2021

Dilaporkan :  Tanggal : _____ Tanggal Penyelesaian : _____
Dr. Vivi Silvia, SE., M.Si Mengetahui : Manager Representative
Auditor _____ Dr. Dra. Sulastri, M. Si
Auditee _____

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *) Tanggal Selesai : 15 Oktober 2021

Keterangan :

Tanda Tangan : 
Dr. Vivi Silvia, SE., M.Si
Auditor _____

*) Coret Yang Tidak Perlu

AUDITEE MR





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Rabu / 13 Oktober 2021
Pukul : 10-30 s.d. selesai
Tempat : Ruang subbag. UMUM
Unit Kerja : DC

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	TAUFIK PUNDI ABIDIM		ASPINA, SE., M.Si	
2	Dr. Silwansyah Sulaiman			2
3	Cez Rusmiati			3
4	Rilca Agasty			4
5		5		5
6		6		6

Ketua Auditor

Arlwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



Ket:

COMPLIANT	Kondisi sudah sesuai dengan persyaratan standar sistem penjaminan mutu, semua proses telah diimplementasikan, telah terdokumentasi dan ada bukti kinerja	Dilanjutkan dengan memonitor kecenderungan/indikator
OFI	Resiko ringan, sehingga mempunyai kesempatan untuk ditingkatkan dalam waktu yang singkat, bila tidak segera diatasi akan berubah menjadi temuan N/C (ketidaksesuaian)	Review dan jalankan/implementasikan program untuk memperbaikinya, monitor kecenderungan/indikator untuk perbaikan
MINOR N/C	Resiko medium, terjadinya deviasi yang dapat menyebabkan kegagalan dalam sistem manajemen dan akan menyebabkan berkurangnya efektifitas dari sistem manajemen mutu yang diterapkan	Investigasi akar permasalahan dan lakukan perbaikan, untuk dilaporkan pada audit selanjutnya
MAJOR N/C	Resiko berat, ketidakmampuan memenuhi atau melayani persyaratan pengguna/konsumen sehingga output kegiatan ditolak konsumen/pengguna dan menyebabkan menurunnya efektifitas sistem manajemen mutu	Segera implementasikan tindakan yang diperlukan, investigasi akar permasalahan, laksanakan tindakan perbaikan. Harus dilakukan audit paling lama 4 minggu untuk memverifikasi perbaikan

9.1. Pemantauan, pengukuran, analisa dan evaluasi
9.1.1. Dokumen perencanaan, monev dan hasil pemantauan
9.1.2. Kepuasan pelanggan
9.1.3. Analisa data dan informasi yang dimiliki
9.2. Upaya perbaikan dan peningkatan yang sudah dilakukan



LAPORAN HASIL AUDIT


UNIT KERJA : LPPM _____ TANGGAL : 13 Oktober 2021 _____
AUDITEE : DC _____ KRITERIA : _____
AUDITOR : Ketua _____ KITERIA NO. : _____

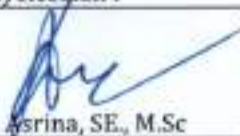
Uraian Hasil Temuan Audit : *(disi oleh Auditor)*

Mayor / Minor / Observasi *)

Penyebab Terjadinya Masalah : *(disi oleh Auditee)*

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(disi oleh Auditee)*

Dilaporkan :  Tanggal : _____
Prof. Dr. Taufik Fuadi Abidin, S.Si., M.Tech
Auditor

Tanggal Penyelesaian : _____
Mengetahui : 
Asrina, SE., M.Sc
Auditee

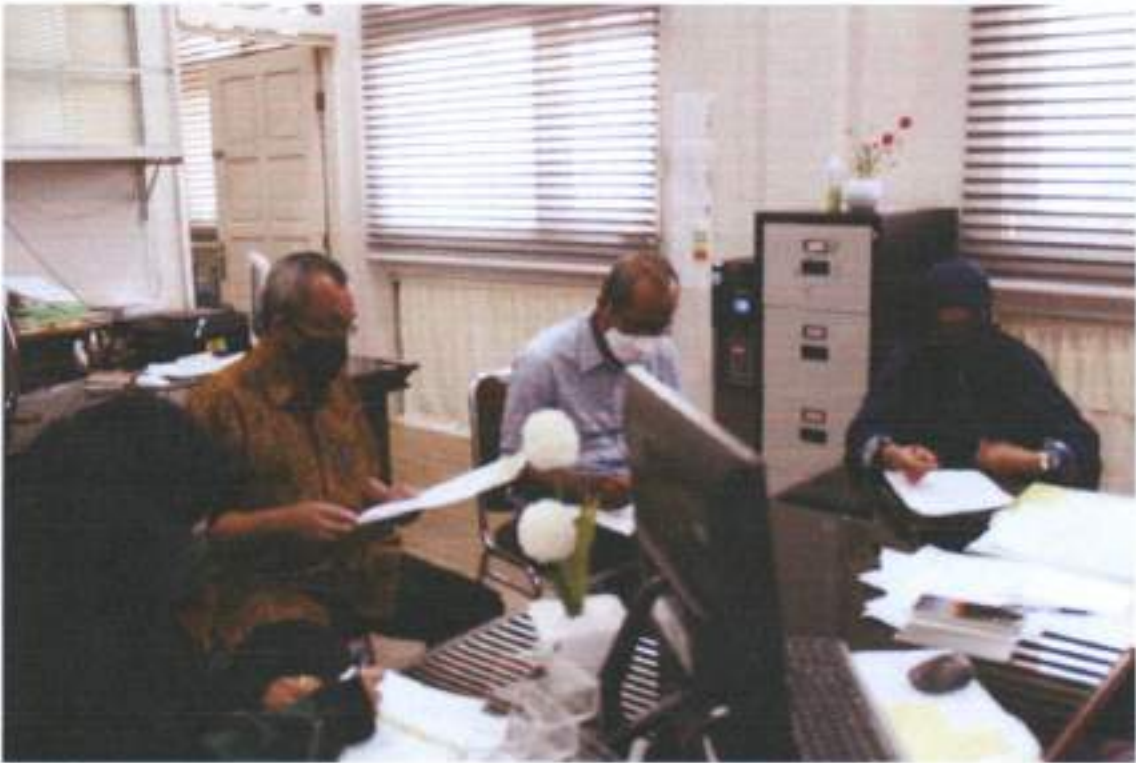
Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai : _____

Keterangan :

Tanda Tangan : 
Prof. Dr. Taufik Fuadi Abidin, S.Si., M.Tech
Auditor

AUDITEE DC





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Rabu / 12 Oktober 2021
Pukul : 08³⁰ s/d selesai
Tempat : Ruang Program
Unit Kerja : subbag program

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	D ⁿ . ZULPILIRI M. ARZANA	1	Martunis	1 Mar
2	Ng. Ariyab. S. Kap. M. Sc	2	Haris Yusuf	2
3	drp. Diana Setra Nugah M.Si	3	Aan Turnawan	3
4	KHAIRUDDIN	4	Reni Tharina	
5		5	Zahrotan Idam	5
6		6	Firman Maulana	6

Ketua Auditor

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



CHEKLIST INTERNAL AUDIT Audit Internal ISO 9001: 2015		
Prosedur : (lingkari yang sesuai) 1. Wawancara 2. Observasi 3. Review Dokumen		No. Audit : Tanggal : Hal :
Auditee:	Auditor :	

NO. KLAUSUL	NO. PERTANYAAN	PERTANYAAN AUDIT	TEMUAN AUDIT (Pilih 1)				BUKTI (Dokumen terkait temuan)	OFI (Upaya perbaikan dan alasan perbaikan)
			COMPILANT	OFI	MIN N/C	MAY N/C		
9,1								
9.1.1	1	Apakah ada pedoman perekrutan reviewer dan bagaimana reviwer mendaftar				Pedoman dan Syarat Penftaran Reviwer Tersedia, Rekrutmen Reviwer Melalui Laman Sistem informasi E-Rekrutmen Reviewer	Harus Adanya Petunjuk Khusus untuk keterwakilan Fakultas/Rumpun Ilmu Jika Tidak ada Pendaftar untuk Fakultas/Rumpun Ilmu Tertentu yang tidak ada pendaftar	
	2	Apakah ada sanksi bagi peneliti yang tidak menyerahkan laporan/melakukan penelitian yang tidak sesuai dengan usulan				Ada Sanksi berupa teguran dan tidak diikuti sertakan dalam penelitian tahun selanjutnya	Harus adanya lamanya waktu sanksi dalam panduan Penelitian dan Pengabdian kedepan	
	3	Apakah evaluasi reviewer dilakukan?				Ada	Sebaiknya evaluasi reviwer dilakukan terhadap aturan yang berlaku, hasil kinerja	
9.1.2	1	Kepuasan survei apakah ada dilakukan? Analisa?				Ada	Perlu ditambahkan pertanyaan dan solusinya serta analisis data survei tersebut	



	2	Apakah analisis resiko diambil dari hasil survei					Ada	Masih berdasarkan temuan langsung bukan dari survei (insidental)
	3	Survei yang dilakukan apakah terjadwal					Ada	Terjadwal setelah kegiatan selesai dan server juga terbuka untuk umum melalui laman website LPPM
9.1.3	1	Apakah setiap hasil kegiatan dilakukan analisa?					Tidak ada semua	Perlu dilakukan Analisi Resiko setiap kegiatan sehingga dapat dilakukan langkah - langkah pencegahan resiko
	2							
9.2	1	SOP pedoman tentang kelulusan proposal					Ada, perlu adanya perbaikan	Tambah pemerataan keterwakilan Fakultas/Rumpun Ilmu jika ada perwakilan fakultas/rumpun ilmu tidak ada sesuai dalam pengusulan proposal
	2	Time table subbag program apakah ada?					Ada	Perlu dilakukan publikasi Time kinerja subkon program karena subkon program merupakan bagian yang mengimplementasikan kegiatan penelitian dan pengabdian di lingkungan USK
	3							

Ket :

COMPILANT	Kondisi sudah sesuai dengan persyaratan standar sistem penjaminan mutu, semua proses telah diimplementasikan, telah terdokumentasi dan ada bukti kinerja	Dilanjutkan dengan memonitor kecenderungan/indikator
------------------	--	--



OFI	Resiko ringan, sehingga mempunyai kesempatan untuk ditingkatkan dalam waktu yang singkat, bila tidak segera diatasi akan berubah menjadi temuan N/C (ketidaksesuaian)	Review dan jalankan/implementasikan program untuk memperbaikinya, monitor kecenderungan/indikator untuk perbaikan
MINOR N/C	Resiko medium, terjadinya deviasi yang dapat menyebabkan kegagalan dalam sistem manajemen dan akan menyebabkan berkurangnya efektifitas dari sistem manajemen mutu yang diterapkan	Investigasi akar permasalahan dan lakukan perbaikan, untuk dilaporkan pada audit selanjutnya
MAYOR N/C	Resiko berat, ketidakmampuan memenuhi atau melayani persyaratan pengguna/konsumen sehingga uotput kegiatan ditolak konsumen/pengguna dan menyebabkan menurunnya efektifitas sistem manajemen mutu	Segera implementasikan tindakan yang diperlukan, investigasi akar permasalahan, laksanakan tindakan perbaikan. Harus dilakukan audit paling lama 4 minggu untuk memverifikasi perbaikan

9.1. Pemantauan, pengukuran, analisa dan evaluasi

9.1.1. Dokumen perencanaan, monev dan hasil pemantauan

9.1.2. Kepuasan pelanggan

9.1.3. Analisa data dan informasi yang dimiliki

9.2. Upaya perbaikan dan peningkatan yang sudah dilakukan



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : Subbag Program TANGGAL : 13 oktober 2021
AUDITEE : MARTUNIS, A.MB KRITERIA : _____
AUDITOR : Drs. ZULFITRI, Biomed KITERIA NO. : _____

Uraian Hasil Temuan Audit : *(dlist oleh Auditor)* Mayor / Minor / Observasi *)

1. Survey Kepuasan ~~Estumer~~ tidak dilakukan secara kontinu dan Form belum menyertakan saran

Penyebab Terjadinya Masalah : *(dlist oleh Auditee)*

Survey bersifat real time dan beberapa survey dibuat pasca kegiatan

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(dlist oleh Auditee)*

Akan dibuat pasca kegiatan

Tanggal Penyelesaian :

Dilaporkan : _____ Tanggal :

Drs. ZULFITRI, Biomed
Auditor

Mengetahui :

MARTUNIS, A.Md.
Auditee

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai :

Keterangan :

Tanda Tangan :

Drs. Zulfritri, Biomed
Auditor

AUDITEE SUBBAG PROGRAM





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Rabu, 13 Oktober 2021
Pukul : 19.00 WIB
Tempat : LPPM USK
Unit Kerja : Subbag Informasi & Publikasi

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	DR. SAIFUL, S.Pd, M.Hi		Cat Rusulicah	
2	Syaifulddin		Indra Kurniawan	
3	Fahmi		Poppy Indah L	
4				
5				
6				

Ketua Auditor,

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : LPPM USK TANGGAL : 13 Oktober 2021
AUDITEE : PUSI KRITERIA : _____
AUDITOR : Dr. Saiful, S.Pd., M.Si KITERIA NO. : _____

Uraian Hasil Temuan Audit : *(disi oleh Auditor)*

Mayor / Minor / Observasi *)

1. Hasil analisis survei kepuasan pelanggan tidak ada
2. Dokumen fisik kuisisioner tidak ada
3. Tidak adanya penomoran daftar isi arsip
4. Sistem digitalisasi belum terealisasi

Penyebab Terjadinya Masalah : *(disi oleh Auditee)*

1. Survei dilakukan oleh bagian program
2. Pada dasarnya ada di bagian lain nanti akan diolah menjadi dokumen
3. Akan diperbaiki dan dilengkapi
4. Sedang dalam proses

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(disi oleh Auditee)*

1. Melengkapi kuisisioner / gform pada saat melakukan survei kepuasan pelanggan
2. Melengkapi penomoran sesuai daftar dokumen internal pada folder (untuk mempermudah pada saat pencarian dokumen)
3. Sistem digitalisasi sedang dipersiapkan oleh Lembaga

Tanggal Penyelesaian : 22-10-2021

Dilaporkan : _____ Tanggal : _____

Mengetahui : _____

Dr. SAIFUL, S.Pd. M.Si

Auditor

Cut Rusmanti Teuku Bunthok, S.Sos.

Auditee

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai :

Keterangan :

Tanda Tangan :

Dr. Saiful, S.Pd., M.Si

Auditor

*) Coret Yang Tidak Perlu



CHEKLIST INTERNAL AUDIT Audit Internal ISO 9001: 2015		
Prosedur : (lingkari yang sesuai)	1. Wawancara 2. Observasi 3. Review Dokumen	No. Audit : Tanggal : 10 Oktober 2021 Hal :
Auditee:		Auditor :

NO. KLAUSUL	NO. PERTANYAAN	PERTANYAAN AUDIT	TEMUAN AUDIT (Pilih 1)				BUKTI (Dokumen terkait temuan)	OFI (Upaya perbaikan dan alasan perbaikan)
			COMPILANT	OFI	MIN N/C	MAY N/C		
9.1								
9.1.1	1							
	2							
	3							
9.1.2	1	Adakah hasil analisis survey kepuasan pengguna		✓			Melengkapi kuisisioner / gform pada saat melakukan survei kepuasan pelanggan	
	2	Apakah ada dokumen fisik kuisisioner		✓			Melengkapi penomoran sesuai daftar dokumen internal pada folder (untuk mempermudah pada saat pencarian dokumen)	
	dst							
9.1.3	1	Apakah ada dilakukan sistem penomoran dokumen fisik?		✓			Akan diperbaiki dan dilengkapi	
	2	Apakah ada memiliki sistem digitalisasi dalam proses pengarsipan dokumen		✓			Sistem digitalisasi sedang dipersiapkan oleh Lembaga	
	dst							



9.2	1						
	2						
	dst						

Ket :

COMPLIANT	Kondisi sudah sesuai dengan persyaratan standar sistem penjaminan mutu, semua proses telah diimplementasikan, telah terdokumentasi dan ada bukti kinerja	Dilanjutkan dengan memonitor kecenderungan/indikator
OFI	Resiko ringan, sehingga mempunyai kesempatan untuk ditingkatkan dalam waktu yang singkat, bila tidak segera diatasi akan berubah menjadi temuan N/C (ketidaksesuaian)	Review dan jalankan/implementasikan program untuk memperbaikinya, monitor kecenderungan/indikator untuk perbaikan
MINOR N/C	Resiko medium, terjadinya deviasi yang dapat menyebabkan kegagalan dalam sistem manajemen dan akan menyebabkan berkurangnya efektifitas dari sistem manajemen mutu yang diterapkan	Investigasi akar permasalahan dan lakukan perbaikan, untuk dilaporkan pada audit selanjutnya
MAYOR N/C	Resiko berat, ketidakmampuan memenuhi atau melayani persyaratan pengguna/konsumen sehingga uotput kegiatan ditolak konsumen/pengguna dan menyebabkan menurunnya efektifitas sistem manajemen mutu	Segera implementasikan tindakan yang diperlukan, investigasi akar permasalahan, laksanakan tindakan perbaikan. Harus dilakukan audit paling lama 4 minggu untuk memverifikasi perbaikan

<p>9.1. Pemantauan, pengukuran, analisa dan evaluasi</p> <p>9.1.1. Dokumen perencanaan, monev dan hasil pemantauan</p> <p>9.1.2. Kepuasan pelanggan</p> <p>9.1.3. Analisa data dan informasi yang dimiliki</p> <p>9.2. Upaya perbaikan dan peningkatan yang sudah dilakukan</p>

AUDITEE SUBBAG PUSI





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Selasa / 12 Oktober 2021
Pukul : 14.00. s.d. selesai
Tempat : Ruang sidang
Unit Kerja : Subbag. Umum

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	Marzutti, S.Si., M.Si		Asrina, SE, M.Si	
2	Fathurrahmi, S.Si, M.Si		Mariani, SE	
3	Zahraton Idami, SE		Rina Idriana.	
4			Dewi Riana	
5			M. Rizapsyah	
6			Turina	

Ketua Auditor,

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



	CHECKLIST INTERNAL AUDIT Audit Internal ISO 9001: 2015	
Prosedur : (lingkari yang sesuai)	1. Wawancara 2. Observasi 3. Review Dokumen	No. Audit : Tanggal : Hal :

Auditee:

Auditor:

NO. KLAUSUL	NO. PERTANYAAN	PERTANYAAN AUDIT	TEMUAN AUDIT (Pilih 1)				BUKTI (Dokumen terkait temuan)	OFI (Upaya perbaikan dan alasan perbaikan)
			CONSPIL ANT	OFI	MIN N/C	MAY N/C		
9.1		Evaluasi						
9.1.1	1	Apakah sudah ada sop pelaksanaan rapat?	✓					
	2	Pendataan aset sudah ada akurasi nya?	✓					
	dst							
9.1.2	1	Pelayanan tamu, sudah ada sop?	✓					
	2	Penggunaan ruangan acara, ada sop?	✓					
	dst							
9.1.3	1	Pemusnahan arsip, sudah sesuai sop?	✓					
	2	Apakah masih menggunakan etopedi lama?	✓	✓				
	dst							
9.2	1	Bagaimana sasaran mutu sub.		✓				
	2	bagian umum ?						
	dst							

Ket:



COMPLIANT	Kondisi sudah sesuai dengan persyaratan standar sistem penjaminan mutu, semua proses telah diimplementasikan, telah terdokumentasi dan ada bukti kinerja	Dilanjutkan dengan memonitor kecenderungan/indikator
OFI	Resiko ringan, sehingga mempunyai kesempatan untuk ditingkatkan dalam waktu yang singkat, bila tidak segera diatasi akan berubah menjadi temuan N/C (ketidaksesuaian)	Review dan jalankan/implementasikan program untuk memperbaikinya, monitor kecenderungan/indikator untuk perbaikan
MINOR N/C	Resiko medium, terjadinya deviasi yang dapat menyebabkan kegagalan dalam sistem manajemen dan akan menyebabkan berkurangnya efektifitas dari sistem manajemen mutu yang diterapkan	Investigasi akar permasalahan dan lakukan perbaikan, untuk dilaporkan pada audit selanjutnya
MAYOR N/C	Resiko berat, ketidakmampuan memenuhi atau melayani persyaratan pengguna/konsumen sehingga uotput kegiatan ditolak konsumen/pengguna dan menyebabkan menurunnya efektifitas sistem manajemen mutu	Segera implementasikan tindakan yang diperlukan, investigasi akar permasalahan, laksanakan tindakan perbaikan. Harus dilakukan audit paling lama 4 minggu untuk memverifikasi perbaikan

- 9.1. Pemantauan, pengukuran, analisa dan evaluasi
 - 9.1.1. Dokumen perencanaan, monev dan hasil pemantauan
 - 9.1.2. Kepuasan pelanggan
 - 9.1.3. Analisa data dan informasi yang dimiliki
- 9.2. Upaya perbaikan dan peningkatan yang sudah dilakukan



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : Subbag Koord. Umum TANGGAL : 12 Oktober 2021
AUDITEE : Asrina, SE., M.Sc KRITERIA : _____
AUDITOR : Marzuki, S.Si, M.Si KITERIA NO. : _____

Uraian Hasil Temuan Audit : *(disi oleh Auditor)* Mayor / Minor / Observasi *)

Penyebab Terjadinya Masalah : *(disi oleh Auditee)*

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(disi oleh Auditee)*

Tanggal Penyelesaian 12 Okto 2021

Dilaporkan : _____ Tanggal : _____

MARZUKI, S.Si., M.Si
Auditor

Mengetahui : _____

Auditee

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai : 12 Okto 2021

Keterangan :

Tidak ada temuan karena SOP nya sudah lengkap

Tanda Tangan :

MARZUKI, S.Si., M.Si
Auditor

AUDITEE SUBBAG UMUM





DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Selasa / 12 Oktober 2021
Pukul : 08:30
Tempat : Ruang Kerja LPPM
Unit Kerja : PPSI

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	Prof. Dr. Narmu, ST, MT		Prof. Dr. Teptik Rudi	
2	Wahyu Rendi ST, M. Sc		Alden, M. Si., M. Tech	
3	Pppp Indah Lestari			
4				
5				
6				

Ketua Auditor,

Ariwansyah Sulaiman, ST

MR

Dr. Dra. Sulastri, M.Si



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : LPPM USK

TANGGAL : 12 Oktober 2021

AUDITEE : Ketua Lembaga

KRITERIA : _____

AUDITOR : - PROF. DR. NASRUL, ST, MT
- WAHREU PINALDI, ST, M.Sc
- POPPY INDAH LESTARI

KITERIA NO. : _____

Uraian Hasil Temuan Audit : *(diisi oleh Auditor)*

Mayor / Minor / Observasi *)

Penyebab Terjadinya Masalah : *(diisi oleh Auditee)*

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(diisi oleh Auditee)*

Dilaporkan :

Tanggal :

Mengetahui : Ketua Lembaga

Tanggal Penyelesaian :


PROF. NASRUL
Auditor

Prof. Dr. Taufik Fandi Abidin, M.Si, M.Tech
Auditee

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai : 12 Oktober 2021

Keterangan :

Tanda Tangan :


PROF. NASRUL
Auditor




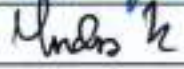
AUDITEE KETUA LEMBAGA



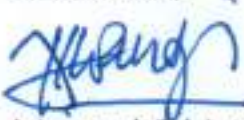


DAFTAR HADIR
AUDIT INTERNAL LPPM
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2021

Hari/tanggal : Rabu / 13 okt 2021
Pukul : 14.00
Tempat : Ruang Sekretaris
Unit Kerja : LPPM USK

No	Auditor		Auditee	
	Nama	Tanda Tangan	Nama	Tanda Tangan
1	Tauku Firda, ST.M.Eng		Dr. Dra. Sulastri, M.Si	
2	Ariwansyah S, ST			2
3	Indra kurniawan			3
4				4
5				5
6				6

Ketua Auditor,



Ariwansyah Sulaiman, ST

MR



Dr. Dra. Sulastri, M.Si



	CHEKLIST INTERNAL AUDIT Audit Internal ISO 9001: 2015	
Prosedur : (lingkari yang sesuai) 1. Wawancara 2. Observasi 3. Review Dokumen		No. Audit : Tanggal : 13 Oktober 2021 Hal :

Auditee:	Auditor :
-----------------	------------------

NO. KLAUSUL	NO. PERTANYAAN	PERTANYAAN AUDIT	TEMUAN AUDIT (Pilih 1)				BUKTI (Dokumen terkait temuan)	OFI (Upaya perbaiki dan alasan perbaiki)
			COMPILANT	OFI	MIN N/C	MAY N/C		
9.1		Belum ada realisasi penghapusan aset		√			Tidak ada dokumen	akan ditindak lanjuti dalam dua hari kedepan
9.1.1	1	Belum ada dokumen pemusnahan arsip		√			Belum ada	akan segera dilengkapi
	2	Pengembangan SDM perlu Desiminasi		√			Belum ada	karena Pandemi Covid-19
	dst							
9.1.2	1							
	2							
	dst							
9.1.3	1							
	2							
	dst							
9.2	1							
	2							
	dst							



LAPORAN HASIL AUDIT

UNIT KERJA : LPPM USK TANGGAL : 13 Olet 2021
AUDITEE : Sekretaris KRITERIA : .
AUDITOR : Ariwan Syah KITERIA NO. : .

Uraian Hasil Temuan Audit : *(ditisi oleh Auditor)* Mayor / Minor / Observasi *)

Belum ada realisasi Penghapusan Aset
Belum ada dokumen perusahaan aset.
Pengembangan SDM perlu ditimnah.

Penyebab Terjadinya Masalah : *(ditisi oleh Auditee)*

Uraian Penghapusan Aset sdh pernah di ajukan tetapi
Belum ada tindak lanjutnya dan Unit kerja terkait.

Tindakan Koreksi Yang Akan Dilakukan : *(ditisi oleh Auditee)*

akan di tindak lanjut 2 hari
dokumen ada dan siapkan serta dukung.

Tanggal Penyelesaian :

Dilaporkan :

Tanggal : 13/10/21

Mengetahui :

Teuku Firda, S.T. M.Eng.Sc
Auditor

Dr. Dra. Sulastri, M.Si
Auditee

Tindakan Koreksi Selesai : Ya / Tidak *)

Tanggal Selesai :

Keterangan :

Tanda Tangan :

Teuku Firda, S.T. M.Eng.Sc
Auditor

AUDITEE SEKRETARIS LEMBAGA

